



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Projekt „Terapia Szansą na Samodzielność”  
współfinansowany ze środków PFRON w ramach  
konkursu pn. „Sięgamy po sukces” ( konkurs o zlecenie  
zadań w formie wsparcia nr 1/2021), ogłoszonego na  
podstawie art.11 i art.13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r  
o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, w  
związku z art.36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o  
rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu  
osób niepełnosprawnych.

Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „TERAPIA SZANSA NA SAMODZIELNOŚĆ”

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE  
"Terapia Szansa na Samodzielność"**

**WYPEŁNIA osoba niepełnosprawna bądź opiekun osoby niepełnosprawnej:**

Ja niżej podpisany/a .....

Numer PESEL .....

Zamieszkały/a .....

Deklaruję chęć udziału w Projekcie współfinansowanym ze środków PFRON, PROJEKT „TERAPIA SZANSA NA SAMODZIELNOŚĆ”

Uczestnik Projektu:

Imię i nazwisko .....

Numer PESEL.....

Zamieszkały/a.....

i zobowiązuję się do uczestnictwa w nim w okresie jego trwania.

Zobowiązuję się do brania udziału w zaproponowanych dla mnie formach wsparcia w ramach Projektu i potwierdzania uczestnictwa na listach obecności. Ponadto, w przypadku choroby zobowiązuję się usprawiedliwić swoją nieobecność.

Zobowiązuję się również udzielać niezbędnych informacji o osiągniętych rezultatach na każdym etapie realizacji Projektu oraz po jego zakończeniu.

Oświadczam, że:

- jestem osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym/umiarkowanym lub stopniu lekkim  
zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie TERAPIA SZANSA NA SAMODZIELNOŚĆ

- zostałem/am pouczone/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,

zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu „TERAPIA SZANSA NA SAMODZIELNOŚĆ”

Fundacji Osób Wykluczonych „ Oblicza Życia” 09-410 Płock ul. Czwartaków 4/15

Biuro Fundacji Płock ul. Drętkiewicza 2

Tel.,881206506 e-mail: [biuro@obliczazyci.pl](mailto:biuro@obliczazyci.pl); [www.obliczazycia.pl](http://www.obliczazycia.pl)

NIP 7743219188 R 147218222 KRS 0000507304



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Projekt „Terapia Szansą na Samodzielność”  
współfinansowany ze środków PFRON w ramach  
konkursu pn. „Sięgamy po sukces” ( konkurs o zlecenie  
zadań w formie wsparcia nr 1/2021), ogłoszonego na  
podstawie art.11 i art.13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r  
o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, w  
związku z art.36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o  
rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu  
osób niepełnosprawnych.

- ze środków PFRON
- nie korzystam/łem/łam z podobnych form wsparcia w identycznym zakresie, w projektach realizowanych w projektach realizowanych ze środków PFRON,
- zostałem/am poinformowany/a o obowiązku poddania się czynnościom kontrolnym,
- wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku utrwalonego na zdjęciach lub filmach w dowolnych wydawnictwach wykonanych na potrzeby projektu,

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA

.....  
PODPIS UCZESTNIKA



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Projekt „Terapia Szansą na Samodzielność”  
współfinansowany ze środków PFRON w ramach  
konkursu pn. „Sięgamy po sukces” ( konkurs o zlecenie  
zadań w formie wsparcia nr 1/2021), ogłoszonego na  
podstawie art.11 i art.13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r  
o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, w  
związku z art.36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o  
rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu  
osób niepełnosprawnych.

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA

**WYPEŁNIA osoba niepełnosprawna bądź opiekun osoby niepełnosprawnej:**

**Ja niżej podpisany(a) deklaruję uczestnictwo kandydata / tki .....**  
**na zajęciach:**

### ZAJĘCIA INDYWIDUALNE

**Logopedia - 2 godziny w miesiącu**

**Kinezylogia edukacyjna - 2 godziny w miesiącu**

**Biofeedback–2 godziny w miesiącu**

**Integracja sensoryczna– 2 godziny w miesiącu**

**Terapia Ręki –2 godziny w miesiącu**

**Muzykoterapia –2 godziny w miesiącu**

**Terapia widzenia -2 godziny w miesiącu**

w projekcie „TERAPIA SZANSĄ NA SAMODZIELNOŚĆ” organizowanego przez Fundację Osób Wykluczonych „Oblicza życia „ współfinansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacyjny Osób Niepełnosprawnych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu „TERAPIA SZANSĄ NA SAMODZIELNOŚĆ”. Ja, niżej podpisany/a udzielam Fundacji Osób Wykluczonych „Oblicza życia” nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Fundację Osób Wykluczonych „Oblicza życia” działalnością. Oświadczam, że jestem pełnoletni/a i nieograniczony/a w zdolności do czynności prawnych, oraz że zapoznałem się z powyższą treścią i w pełni ją rozumiem.

.....  
Data i miejsce i podpis( uczestnika lub opiekuna dziecka)

.....  
Data i podpis koordynatora projektu